EXPOSÉ

DES

TITRES et TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur L. MARTEL

de Lyon

LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1898

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Du Dr L. MARTEL

I. — TITRES

EXTERNE DES HOPITAUX
(Concours 1888).

INTERNE DES HOPITAUX
(Concours 1891).

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE LYON (1895)

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Concours 1895).

II. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

A. — MÉMOIRES ORIGINAUX

1. — **Contribution à l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses. Forme atrophique** (Carie sèche de Volkmann, Thèse de Lyon, 1895).

2. — **Du tissu para-fongueux : sa structure, sa virulence, son utilisation dans la méthode des opérations conservatrices** (Mémoire en publication dans la *Revue de Chirurgie*, 1898).

3. — **Tumeur kystique de l'ovaire. Tuberculose pleuro-péritonéale. Ovariotomie. Guérison** (*Province Médicale*, 1894).

4. — **Note sur un cas de hernie inguinale étranglée et de hernie propéritonéale, avec torsion du mésentère** (*Archives Provinciales de Chirurgie*, 1892).

5. — **Sur une variété rare de lipôme. Lipôme de la base de la langue** (*Revue de Chirurgie*, 1896).

6. — **Sur la ligature en chaîne** (*Archives Provinciales de Chirurgie*, 1897).

7. — **Contusion de la paroi abdominale ; rupture de la paroi avec intégrité relative des téguments ; hernie intestinale sous-tégumentaire ; réduction et suture ; restauration complète de la sangle abdominale** (*Lyon Médical*, 1897).

8. — **Trois cas d'actinomycose cervico-faciale : une nouvelle forme hyperesthésiante ; une forme très atténuée ; une forme commune** (En collaboration avec M. le professeur agrégé Rochet. (*Gazette Médicale*, Paris 1898).

9. — **Contribution à l'étude des pseudo-néoplasies syphilitiques** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1898).

10. — **Recherches bactériologiques sur quelques cas de rhumatisme blennorrhagique et considérations sur le traitement non opératoire de**

cette affection (Mémoire lu à la Société de Chirurgie de Lyon. Publié dans les compte rendus de cette Société, 1898).

11. — **Sur l'épithélioma dendritique du sein. Pathogénie des formations kystiques de la mamelle** (Lyon 1898).

12. — **Des angiômes para-synoviaux** (*Gazette des Hôpitaux*, 1898).

13. — **De l'adénôme vésical** (En collaboration avec M. le professeur agrégé Rochet (*Gazette hebdomadaire*, 1898,.

14. — **Sur la gangrène foudroyante, dite spontanée, des organes génitaux externes de l'homme** (*Lyon Médical*, 1898).

B. — COMMUNICATIONS ET PRÉSENTATIONS

16. — **Epithélioma et ostéomyélite du tibia** (Société des Sciences Médicales, 1891).

17. — **Cystite avec hématurie à la suite d'une injection d'eau sédative dans l'urèthre** (Société des Sciences Médicales, 1892).

17. — **Rétention d'urine : gastrostomie** (Société des Sciences Médicales, 1892).

18. — **Cystite blennorrhagique. Ecchymoses sous-conjonctivales d'origine dyscrasique** (Société des Sciences Médicales, 1892).

19. — **Anévrysme du tronc brachio-céphalique : ligature de la carotide et de la sous-clavière. Guérison. Pièce d'autopsie** (Société des Sciences Médicales, 1894).

20. — **Arthrite purulente du genou consécutive à un traumatisme. Arthrotomie et drainage. Guérison avec retour intégral des mouvements articulaires** (Société des Sciences Médicales, 1895).

21. — **Laparotomie pour énorme fibrôme utérin ; présentation de la pièce** (Société nationale de Médecine de Lyon, 1896).

22. — **Ostéo-sarcôme de l'humérus. Amputation inter-scapulo thoracique. Guérison** (Société de Chirurgie de Lyon, 1898). — (Mémoire publié dans les comptes-rendus de la Société).

Contribution à l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses, forme atrophique (carie sèche de Volkmann).

A la suite de Volkmann, on a eu la tendance de faire de la *caries sicca*, tout en reconnaissant sa nature tuberculeuse, une affection bien spéciale, très différente des autres formes de la tuberculose osseuse ou articulaire : cette forme est même devenue, dans les publications des auteurs qui ont reproduit la description du chirurgien allemand, une lésion qui ne se rencontrerait qu'à l'articulation de l'épaule.

En essayant de faire une étude complète de cette forme, nous avons cherché à montrer qu'il s'agissait d'une variété d'ostéo-arthrite tuberculeuse à type atrophique, pouvant évoluer vers les formes diverses de tumeurs blanches; qu'il ne s'y rencontrait aucune lésion spécifique ; que le processus anatomique des lésions ne se différenciait pas absolument de celui qu'on rencontre d'ordinaire dans les ostéo-arthrites tuberculeuses et, par conséquent, que cette forme ainsi comprise ne devait pas constituer une entité trop distincte. En outre, nous avons montré qu'il ne fallait pas non plus la considérer, suivant la tendance générale, comme une forme ne se montrant qu'à l'épaule.

On trouve facilement, anatomiquement et cliniquement, les points de transition qui rattachent cette forme aux autres formes de tumeurs blanches. Les localisations sur d'autres articles que l'épaule sont relativement rares, ou, mieux, rarement décrites, mais elles existent nettement.

L'étude des lésions anatomiques des pièces de résection du laboratoire de M. le professeur Ollier nous a montré la minutieuse exactitude de la description de Volkmann : perte de substance ulcéreuse, atrophie de l'os, peu d'abondance des fongosités et leur faible développement, ratatinement de la synoviale et disparition de la cavité articulaire, absence habituelle du liquide séreux ou purulent, etc. Mais nous avons établi qu'à côté de ces lésions, il existe communément d'autres lésions qu'on retrouve dans les formes ordinaires de l'ostéo-arthrite tuberculeuse. La lecture du mémoire de W. Kœnig (28 cas de *caries sicca* sur 60 cas de tuberculose de l'épaule) abonde en observations où l'on note la coexistence, à côté de lésions réputées caractéristiques de la *caries sicca*, d'autres lésions telles que fistules, abcès, séquestres, foyers caséeux, et ce pourrait être ainsi une excellente démonstration à donner de la valeur, toute

relative qu'on doit attribuer à la dénomination même de l'affection.

Nous nous sommes montré plus difficile sur la conception de cette forme (4 cas sur 63 résections de l'épaule faites par M. le professeur Ollier).

Histologiquement, nous n'avons donc pas trouvé de caractéristique spéciale de cette forme d'ostéo-arthrite.

L'arrêt du développement qui frappe non-seulement l'extrémité osseuse malade, mais l'os entier et tout le squelette du membre, a trouvé une explication facile par l'application directe des lois d'accroissement des os, établies par M. le professeur Ollier. Si la diminution de volume de l'épiphyse est, en partie, le résultat des pertes de substance par l'action des fongosités, bien plus grand est l'effet produit par une lésion directe ou indirecte des agents d'accroissement de l'os; il s'agit d'une ostéo-arthrite tuberculeuse atrophiante, frappant des adolescents et se localisant sur les extrémités articulaires qui prennent la plus grande part à l'accroissement de l'os.

Dans cette forme d'ostéo-arthrite, se trouvent rassemblés les trois facteurs principaux de l'atrophie osseuse : la lésion du cartilage conjugal, l'inactivité du segment du membre, et l'atrophie réflexe qui porte sur tout son squelette. Cette tendance atrophique est encore marquée par l'absence de réaction du périoste, d'où la rareté des ostéophytes.

Cette tendance atrophique ne doit pas être regardée comme spéciale à cette variété d'ostéite tuberculeuse et, dans des conditions ostéogéniques analogues, même en dehors de la tuberculose, on peut trouver des lésions semblables : ostéite atrophiante qui n'est nullement spécifique et n'est que la traduction d'un trouble dans l'accroissement des os; cependant cette ostéite atrophiante, consécutive à des traumatismes légers, à des entorses juxta-épiphysaires, s'accompagne alors ordinairement de quelques points de réaction ostéogénique qui la caractérisent et la différencient des lésions tuberculeuses à tendance beaucoup plus franchement atrophiques. Ces considérations sont de grande importance pour expliquer certaines atrophies d'extrémités osseuses ou de segments osseux, dont l'origine pourrait être, à tort, rapportée à une cause spécifique (bacillaire).

En résumé, il ressort de notre étude anatomique qu'il n'existe aucune lésion distincte et propre à la carie sèche que l'on ne retrouve dans les formes voisines d'ostéo-arthrite tuberculeuses; il n'existe pas entre ces formes de différence absolue, ni de lésions infranchissables; la formule anatomique du processus tuberculeux est toujours

là même, seule la réaction diffère et cela sous des conditions qu'il n'est pas encore possible d'établir.

Entre la forme fongueuse ordinaire et la forme fibreuse sèche de guérison, on trouve tous les stades intermédiaires. La carie sèche, qui n'est qu'une modalité de la tuberculose osseuse, présente des lésions anatomiques qui la rattachent facilement à ces deux formes voisines, vers lesquelles elle peut évoluer. Dans cette évolution, la question de terrain parait avoir une influence capitale.

La localisation,plus fréquente à l'épaule, de cette forme atrophiante a fait oublier qu'elle se rencontrait aussi dans les autres articulations ; c'est qu'à l'épaule les lésions atrophiques sont plus apparentes.

Nous rapportons les cas observés à la clinique : coude (1 Obs.) ; hanche (1 Obs.) ; genou (1 Obs.).

Jusqu'ici, cette forme a été à peine signalée dans l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations autres que l'épaule. Bien des faits ont passé inaperçus, pour des raisons diverses ; ainsi, pour la hanche, cela est dû certainement à la situation profonde de l'article et à la crainte d'intervenir ; dans d'autres cas, l'attention n'avait pas été attirée ; les malades ont été vus trop tard, alors que cette forme avait évolué vers le type fongueux ou la suppuration ; enfin, quelques cas ont guéri spontanément par ankylose.

La guérison spontanée est rare ; elle est précaire, longue à attendre et insuffisante pour assurer un bon résultat fonctionnel.

La résection, méthode de choix, a ici les mêmes indications et les mêmes avantages que dans les autres formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses.

Conclusions. — La forme d'ostéo-arthrite tuberculeuse, dite carie sèche de Volkmann, ne doit pas être considérée comme une lésion très distincte des autres formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses; elle évolue facilement vers les formes fongueuses, suppurées ou fibreuses.

L'atrophie de l'os malade et du squelette du membre n'est nullement spéciale ; elle se retrouve dans d'autres formes tuberculeuses, plus particulièrement dans les formes fibreuses et aussi dans d'autres lésions ostéo-articulaires, non tuberculeuses.

Cette atrophie du squelette s'explique aisément par la localisation tuberculeuse et par son retentissement sur les éléments d'accroissement de l'os.

Cette forme n'est pas spéciale à l'épaule, elle se rencontre dans toutes les articulations.

2. — Du tissu para-fongueux. — Sa structure. — Sa virulence. — Son utilisation dans la méthode des opérations conservatrices.

Dans le cours d'une résection ou d'une autre opération conservatrice, on doit toujours faire avec grands soins l'ablation des fongosités tuberculeuses; l'excision avec les instruments tranchants, le grattage avec les curettes nettoient le champ opératoire tout en respectant les organes nécessaires à la restauration des fonctions du membre. Cette poursuite du tissu fongueux doit être menée avec patience et minutie; il faut fouiller les diverticules normaux ou anormaux de la synoviale, disséquer les culs-de-sac, en un mot faire une toilette complète et assurer le drainage de tous les foyers.

Mais si certains culs-de-sac synoviaux restent limités nettement pas une membrane enveloppante qui rend leur dissection complète et facile et permet leur ablation intégrale à la façon d'une véritable tumeur (le bistouri, les contournant, peut travailler en plein tissu cellulo-graisseux), la délimitation est loin d'être toujours aussi nette et, bien souvent, il est nécessaire de s'arrêter au milieu de tissu d'aspect douteux faisant corps avec les organes utiles qui avoisinent le foyer tuberculeux; ce tissu n'a pas l'aspect des fongosités, mais il n'a pas non plus l'aspect du tissu cellulaire sain; c'est un tissu qui a déjà ressenti le contre-coup de l'infection tuberculeuse, si même il n'est déjà pas nettement tuberculeux; son ablation, fait capital, entraînerait la perte d'éléments et d'organes utiles et même nécessaires pour obtenir le résultat cherché par la méthode. Cette zone limite est ce que M. le professeur Ollier désigne du nom de *tissu para-fongueux*.

Le *tissu para-fongueux* forme donc une zone de tissus entourant le foyer tuberculeux et présentant déjà des lésions macroscopiques suffisantes peur faire douter non seulement de sa vitalité, mais, et surtout, de sa nocivité.

On ne le trouve pas répandu autour de tous les points d'un foyer fongueux; le tissu cellulo-graissseux, d'apparence normale, peut entourer un cul-de-sac, mais ce même tissu péri-synovial peut être atteint de lésions plus ou moins accusées et présente l'aspect, soit du tissu simplement œdémateux, soit du tissu lardacé de M. Chandelux, oit mêm͏e d'un tissu beaucoup plus charnu, prenant l'aspect sarcomateux et ressemblant assez, sur la coupe, au tissu des fongosités.

Nous basant sur ces notions fournies par la constatation de ces ésions macroscopiques au cours des résections, et surtout voyant l'incertitude de la dissection des tissus malades. résultant de la présence de ce tissu suspect, nous avons, sur les indications de M. le

professeur Ollier, cherché à établir la structure de ce tissu, et son pouvoir virulent; son utilisation dans les méthodes conservatrices, déjà établie par les résultats thérapeutiques anciens obtenus par notre maître, a été confirmée par nos recherches.

Des fragments de ce tissu étaient prélevés au cours des résections et servaient à une double série de recherches: d'une part des inoculations au cobaye, d'autre part une étude histologique et bactériologique. Ce travail, entrepris en 1896, a porté sur un nombre assez grand de tuberculoses fongueuses; mais nous n'avons gardé que onze cas, dans lesquels l'observation a pu être complète.

Voici les résultats obtenus:

Structure. — Le tissu présente deux grandes variétés d'aspect macroscopique:

a) Le tissu a l'aspect du tissu cellulaire sous-cutané atteint soit d'œdème récent (aspect gélatineux), soit d'œdème chronique (aspect de la couche lardacée de Chandelux); c'est *le tissu para-fongueux œdémateux ou gélatineux.*

b) Le tissu a perdu son aspect de tissu conjonctif lamellaire, sa consistance est assez homogène, à grains très fins; il rappelle le sarcôme mou, ou le myxo-sarcôme: c'est le *tissu para-fongeux sarcomateux.*

Histologiquement cette distinction se poursuit moins nette et l'on trouve, dans les deux formes, des lésions assez semblables ou très voisines, dont le groupement et l'abondance expliquent les dissemblances macroscopiques. D'une façon générale il s'agit d'un tissu conjonctif enflammé avec les lésions de l'œdème chronique; le processus inflammatoire, sans être toujours nettement tuberculeux, tend à revêtir le type nodulaire péri-vasculaire. L'abondance des formations nodulaires, des traînées de lymphocytes rend le tissu plus ou moins charnu; telle est l'explication anatomique de l'aspect différent de ces tissus.

La recherche de bacilles dans ces tissus a toujours été négative sur les coupes.

Inoculations. — Les inoculations ont toujours été faites sur le cobaye et dans des conditions identiques.

A) *Type sarcomateux.* — Cinq observations: trois résultats positifs avec tuberculose généralisée; un résultat avec tuberculose locale, sans tuberculose viscérale; un résultat négatif.

B) *Type gélatineux ou œdémateux.* — Six observations, deux résultats positifs: tuberculose généralisée; un résultat positif: abcès caséeux, tuberculose pulmonaire discrète; trois résultats négatifs.

Il semble donc que la virulence des deux variétés de tissu para-fongueux est à peu près semblable.

Si l'on compare cette virulence à la virulence du tissu fongueux, on voit qu'il existe les difficultés suivantes : deux faits ressortent de cette comparaison.

a) Observations comparatives : Deux cobayes de la même portée sont inoculés dans les mêmes conditions ; le premier avec du tissu fongueux, meurt en 74 jours ; le deuxième avec du tissu para-fongueux meurt en 134 jours. La survie chez tous les cobayes, moins un, a été de 4 à 8 mois sans compter ceux qui sont restés indemnes.

b) La tuberculose inoculée par le tissu para-fongueux suit une marche anormale ; elle reste longtemps localisée au point d'inoculation ; puis elle peut guérir ou bien se généraliser, mais, dans ce dernier cas, ce n'est pas la voie lymphatique ordinaire qui est suivie ; le cobaye fait de la tuberculose pulmonaire par voie d'infection sanguine.

Il est donc établi que le tissu para-fongueux a un pouvoir infectant suffisant à tuberculiser quelquefois le cobaye ; sa virulence est moindre que celle du tissu fongueux.

Utilisation et indications thérapeutiques — L'utilisation possible de ce tissu est basée : 1° sur les constatations anatomiques qui établissent les transformations fibreuses qu'il est apte à subir, soit sous l'influence des agents thérapeutiques locaux, tels que la cautérisation au fer rouge, la thermo-cautérisation, l'usage des caustiques cliniques : nitrate d'argent, chlorure de zinc, créosote ; 2° sur les résultats éloignés obtenus par cette méthode : résections anciennes sous-périostées, faites par M. Ollier, qui équivalent à de véritables expériences faites sur l'homme, résultats vérifiés et par l'examen clinique et par des autopsies ou des biopsies d'anciennes résections.

Mais, pour obtenir ces résultats éloignés, le traitement topique du tissu fongueux et de ses dérivés a besoin d'être longtemps prolongé ; des tendances à la réci-tive doivent être poursuivies et détruites ; le travail de cicatrisation et d'organisation fibreuse a besoin d'être guidé et modelé ; ceci ne peut guère être obtenu qu'en ne cherchant pas une réunion immédiate qui abandonne à lui-même le tissu suspect, le tissu para-fongueux, et lui laisse toute liberté de produire des récidives ou des abcès, quand il ne compromet pas définitivement le résultat cherché par la méthode conservatrice.

Conclusions. — Le tissu para-fongueux est une zone de tisss conjonctif entourant les fongosités et présentant déjà des lésions

macroscopiques inquiétantes sur sa vitalité et sur sa nocivité.

Sa structure histologique montre des formations embryonnaireu vraisemblablement tuberculeuses.

Sa virulence est démontrée par la tuberculisation du cobaye ; elle est moindre que celle des tissus fongueux.

Ce tissu peut être transformé ; son ablation, qui n'est heureusement pas nécessaire, s'accorderait difficilement avec les principes de la méthode des opérations conservatrices ; sa transformation en tissu fibreux en fait un aide très utile.

3. — Tumeur kystique de l'ovaire et tuberculose pleuro-péritonéale.

La coexistence d'une tumeur kystique de l'ovaire et d'une tuberculose pleuro-péritonéale étant un fait rare, nous avons essayé d'établir les rapports qui pouvaient exister entre les deux affections.

La fièvre, indépendante de tout accident du côté du kyste, a paru le meilleur signe clinique apte à appeler l'attention vers cette coïncidence des deux affections. Car l'existence de l'ascite, et même de l'épanchement pleural dans l'évolution des kystes, peut se rencontrer indépendamment de toute tuberculose.

La coexistence des deux lésions : kyste et tuberculose pleuro-péritonéale, n'est nullement une contre-indication opératoire. La laparotomie faite pour l'ablation du kyste peut servir à deux fins et guérir la péritonite tuberculeuse.

4. — Hernie inguinale étranglée et hernie propéritonéale avec torsion du mésentère.

Il s'agit d'un cas complexe : coexistence d'une hernie inguinale et d'une hernie inguino-propéritonéale; deux hernies distinctes : l'une, la hernie inguinale, est kélotomisée pour les accidents d'étranglement; l'autre, méconnue, entraîne la mort par occlusion intestinale.

L'étude des hernies propéritonéales est faite par Meinhardt-Schmidt, qui attribue ces lésions à des malformations congénitales; le cas présent paraissait aller contre cette opinion, vu l'absence de toute anomalie apparente de développement.

Cette observation montre aussi le défaut possible du signe physique sur lequel insiste Kroenlein : l'existence d'une tumeur au-dessus du ligament de Poupart.

5. — Lipôme de la base de la langue.

Les lipômes de la base de la langue sont d'une très grande rareté, puisque, dans les recherches que nous avons faites et en compulsant le travail de M. le professeur Vergely (*in* Arch. clin. de Bordeaux, 1895) nous n'avons trouvé aucune observation comparable à celle que nous eproduisons. L'étrangeté de la localisation nous a fait émettre l'hypothèse qu'il s'agissait peut-être bien d'une tumeur congénitale. L'énucléation fut prestement faite par M. le professeur Ollier et le malade n'en ressentit aucun inconvénient.

6. — Sur la ligature en chaîne.

Nous proposons un tour de main qui permet aisément, avec une légère attention, d'éviter les erreurs et, partant, les longueurs d'une ligature en chaîne : une pince-longuette à forcipressure ou *une broche à double encoche*, comme celle que nous proposons, permet de gagner du temps et surtout d'être sûr de faire une ligature en chaîne régulière, à anneaux régulièrement enchaînés.

7. — Contusion de la paroi abdominale.

Les ruptures de la paroi abdominale, dues à des chocs directs, ne sont pas très fréquentes. Il s'agissait d'une désinsertion étendue des muscle de la paroi à l'arcade de Fallope avec hernie intestinale sous-tégumentaire ; le malade, opéré 24 heures après l'accident, a guéri avec une restauration complète de la sangle abdominale, constatée plusieurs mois après, alors que le malade avait repris les travaux pénibles des champs.

8. — De l'actinomycose : forme hyperostosante.

L'actinomycose s'attaquant au squelette de l'homme revêt presque toujours la forme ulcérative ; c'est le fait ordinaire. Les observations où la propagation s'étend des parties molles aux os sous-jacents et développe une ostéite raréfiante ulcéreuse deviennent de plus en plus fréquentes. Mais, à côté de cette forme ordinaire et banale qui, cependant, quelquefois, peut se traduire extérieurement par une fausse apparence de gonflement osseux, due à l'induration des parties molles adhérentes à l'os, il existe d'autres formes caractérisées par une augmentation réelle du volume des os. Dans quelques cas rares

(3 obs.) il s'agit de formes pseudo-néoplasiques rappelant le type pseudo-néoplasique des bovidés; enfin, plus rarement encore (puisque nous ne connaissons que notre observation personnelle), il peut exister une véritable hyperostose avec ostéophytes. Aussi nous proposons de diviser désormais les formes osseuses de l'actinomycose en trois formes :

1° Forme ulcérative ordinaire ou carieuse, où les lésions osseuses sont du type de l'ostéite raréfiante commune.

2° Forme pseudo-néoplasique qui rappelle le type néoplasique des bovidés et contient le groupe des « sarcômes actinomycosiques. »

3° Forme hyperostosante qui limite ses effets à une réaction périostique agissant sur l'os atteint à la façon d'une irritation chronique et aboutissant à l'hyperostose diffuse et à la production d'ostéophytes.

Cette dernière forme est aussi différente de la forme néoplasique que de la forme ulcérative.

L'Obs. I de notre mémoire est l'unique observation où cette évolution spéciale soit notée dans sa forme exclusive. L'examen histologique a permis de suivre le travail d'hyperostose, de néoformations ostéophytiques et de le rapporter nettement à un réveil de l'activité ostéogénique du périoste.

Sous quelle influence s'est faite cette hyperostose ? Pourquoi le type est-il si différent de ce que produit ordinairement l'irritation chronique due à l'actinomycose ? Nous discutons ces questions sans trouver de solution satisfaisante.

Ce fait découvre, pour l'actinomycose, une *propriété hyperostosante* spéciale qu'elle ne met pas souvent en jeu et qu'on lui a à peu près complètement refusée. Presque tous ceux qui se sont occupés du mode d'action de l'actinomycose dans son développement à la surface ou à l'intérieur des os, ont insisté sur son action destructive dans les formes ulcératives ordinaires et sur son action, pour le moins substitutive et atrophiante, dans les formes néoplasiques; l'ostéite raréfiante et l'absence de réaction du tissu osseux caractérisent le processus anatomique de l'actinomycose osseuse ; toutefois on a signalé quelques rares et faibles ostéophytes, mais nullement des lésions comparables à l'hyperostose et à la production d'ostéophytes de la forme que nous appelons hyperostosante. Il s'agit donc bien d'une forme spéciale de l'actinomycose osseuse, ayant comme formule anatomique : ostéite condensante, hyperostose, ostéophytes, réaction vive et productrice du périoste; opposée à la formule anatomique des autres formes : ostéite raréfiante, ulcération et nécrose osseuse, absence de réaction du périoste.

La constatation clinique et anatomique de cette forme hyperostosante, quoique exceptionnelle, est intéressante puisqu'elle tend à faire rentrer les lésions osseuses actinomycosiques dans le cadre ordinaire des modifications que subit le tissu osseux sous l'influence des irritations chroniques, spécifiques ou non.

A cette observation principale sont jointes deux autres observations d'actinomycose du type cervico-facial observées également dans la clinique de M. le professeur Ollier et qui, revêtant le type ordinaire, sont intéressantes par les résultats éloignés obtenus par une thérapeutique locale énergique : grattage très soigneux des trajets, et surtout minutieuse antisepsie buccale par les avulsions dentaires et l'abrasion du rebord gingival et alvéolaire. Ces interventions énergiques, faites sous anesthésie, ont eu l'avantage de faire cesser rapidement le trismus, l'un des symptômes les plus gênants de la maladie et, dans le cas d'actinomycose hyperostosante (Obs. I), la résection de l'angle de la mâchoire a agi sur le trismus de même façon que la désinsertion musculaire proposée par M. le professeur Le Dentu, par Kocher, contre la contracture spasmodique des mâchoires.

Nos malades opérés, et suivis depuis plus d'un an, n'ont pas eu de récidive.

9. — Pseudo-néoplasmes syphilitiques.

L'aspect pseudo-néoplasique que peuvent prendre certaines gommes agminées et ulcérées conduit quelquefois à des interventions opératoires qui seraient évitées par l'usage du traitement spécifique. L'examen clinique de la malade que nous avons observée pouvait facilement conduire à une erreur d'une grande gravité : l'amputation fut même proposée. L'examen histologique fit repousser l'idée de néoplasie et la guérison rapide et complète, sous l'influence du traitement anti-syphilitique, trancha encore plus heureusement la question.

Il est donc d'importance capitale de faire l'examen attentif de ces *pseudo-néoplasmes* tertiaires qui ne se présentent cliniquement avec aucun des caractères classiques de la gomme et qui sont plutôt des tumeurs ulcérées saillantes, que des ulcérations plates ou plus ou moins térébrantes.

10. — Recherches bactériologiques sur quelques cas de rhumatisme blennorrhagique et considérations sur le traitement non opératoire de cette affection.

Cette étude comprend deux parties : l'une bactériologique et expérimentale, l'autre clinique.

L'examen bactériologique a porté sur 8 cas d'épanchement articulaire où la recherche du gonococcus a été poursuivie soit par l'examen direct immédiat, soit par les cultures sur milieux variés, soit par des inoculations à des animaux ; ces ponctions, faites à des périodes variables de l'évolution de la lésion (4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 20e, 30e jour), ont toujours été négatives pour la constatation de micro-organismes, gonococcus ou autre, dans l'épanchement. Ce résultat négatif des cultures est important à noter si on le rapproche de l'aspect trouble, puriforme que présente souvent le liquide retiré par une ponction exploratrice ; les épanchements articulaires à liquide trouble ou puriforme des maladies infectieuses autres que la gonococcie, donnent des résultats positifs à l'examen microscopique ou à l'ensemencement sur des milieux appropriés.

Le liquide peut être séreux et presque limpide, louche, verdâtre, puriforme ; Nous n'avons aucun cas franchement purulent.

Les 12 observations sur lesquelles s'appuie ce travail, embrassent presque toutes les formes du rhumatisme blennorrhagique, mais plus spécialement les formes aiguës, hormis la forme suppurée. Il faut donc distinguer :

a) Des formes arthralgiques ;

b) Des hydarthroses aiguës ou chroniques ;

c) Des arthrites ;

1° arthrite aiguë avec épanchement ;
2° arthrite pseudo-phlegmoneuse ;
3° arthrite sèche ankylosante ;

d) Arthrite suppurée ou pyarthrose.

Le traitement appliqué a été surtout symptomatique ; aucune intervention n'a été faite ; la ponction n'a jamais eu un but curatif, mais un simple procédé d'exploration, elle était destinée à étudier le liquide ; aucune injection intra-articulaire.

Le traitement est variable avec les formes ; l'immobilisation dans une gouttière, plâtrée de préférence, a toujours donné d'excellents résultats, soit pour calmer la douleur, soit pour activer la

résorption de l'épanchement. Aussitôt que la phase aiguë était passée, que la douleur avait cessé, que la tension des culs-de-sac diminuait, la mobilisation était faite prudende et limitée par le réveil de la douleur.

Les résultats ont été bons dans les cas d'hydarthrose, bons dans certains cas d'arthrite aiguë avec épanchement, bons aussi dans les cas d'arthrite pseudo-phlegmoneuse, où la restitution *ad integrum* a été plus longue à obtenir. Enfin, dans la forme la plus grave au point de vue fonctionnel, dans la forme d'arthrite sèche à tendance plastique ankylosante (professeur Ollier), elle a donné, dans les deux cas observés : un résultat éloigné suffisant, tendant à une amélioration progressive, et un autre cas encore suffisant, puisque l'affection s'est terminée par une ankylose de la hanche en bonne position.

En résumé, la ponction exploratrice est utile au point de vue des renseignements qu'elle donne sur la nature du liquide ; elle sert aussi au diagnostic. Elle n'offre aucun danger, ne nécessite pas l'anesthésie et peut être utile pour calmer la douleur.

Le traitement par l'immobilisation, rigoureuse au début, suivie de la mobilisation aussi hâtive que possible, mais raisonnée, donne des résultats qui paraissent au moins aussi bons que ceux que nous avons notés en dépouillant attentivement les résultats de l'arthrotomie ; mais, dans cette appréciation comparative, il est nécessaire de comparer des faits de même espèce ; l'arthrotomie n'apparaît pas alors comme toujours bien justifiée.

11. — Sur l'épithélioma dendritique du sein. — Pathogénie des formations kystiques de la mamelle.

La variété de tumeur du sein, décrite par MM. Cornil et Ranvier, dans leur Traité d'histologie pathologique. sous le nom de carcinôme villeux et plus tard, par M. Cornil (1886) sous le nom d'épithélioma dendritique, est encore assez rare et assez peu connue. En effet, quoique le nombre d'observations s'accroisse chaque jour, il reste encore plus d'un point difficile à élucider et les matériaux ne paraissent pas encore suffisants pour donner de cette affection une description clinique, et surtout anatomique, satisfaisantes.

Cependant l'étude clinique est un des points les mieux connus de son histoire et, si l'on se reporte à la description si exacte, quoique très succincte de Cornil, on pourra assez souvent arriver à une certitude de diagnostic qui a une très grande importance pour le pronostic et aussi pour la thérapeutique chirurgicale ; tel fut le cas de l'observation qui a servi de point de départ à cette étude. Le dia-

gnostic posé se vérifia très exactement lorsque nous fumes l'amputation du sein : la tumeur était formé de plusieurs kystes dont deux, plus volumineux, contenaient de grosses végétations ramifiées, qui comblaient en partie leurs cavités ; une foule de petits kystes contenait des végétations au début.

Les ganglions axillaires étaient un peu tuméfiés, mais nous préférâmes ne pas procéder au curage de l'aisselle, nous basant sur l'évolution bénigne de ces lésions. La malade, revue quatorze mois plus tard, était indemne de toute récidive, les ganglions de l'aisselle avaient diminué.

Le point intéressant résidait dans l'étude anatomique des lésions et surtout dans la recherche d'un caractéristique permettant de classer l'affection et de prévoir, si possible, l'avenir clinique de la maladie ; il est difficile souvent d'accorder la clinique et l'anatomie pathologique.

Au sujet de la nature de la tumeur, les histologistes se partagent en deux camps : les uns en font une tumeur conjonctive, fibrôme endo-canaliculaire (Labbé et Coyne) ; d'autres en font une tumeur épithéliale : carcinôme villeux (Cornil et Ranvier, Bowlby) ; épithélioma dendritique (Cornil) ; épithélioma polycystique (Reverdin et Mayor) ; épithélioma canaliculaire papillaire (Faguet) ; cysto-épithélioma (Faitout) ; cysto-adénôme (Johnson). Actuellement, il ne reste guère que M. Coyne qui soit encore nettement partisan de la nature conjonctive de ces tumeurs, et presque tous les histologistes, frappés de la prédominance de l'élément épithélial, rangent cette affection dans les tumeurs du type épithélial.

Notre opinion s'accorde plutôt avec cette dernière conception ; nous avons cru saisir, dans une étude très attentive des coupes faites en des points multiples de la tumeur, toutes les phases de transition entre les différents types de lésions produites par les proliférations épithéliales : épithélioma tubulé, adénome pur, formation kystique avec ou sans végétations polypeuses intra-kystiques. Mais il nous a semblé que cette évolution résultait d'un trouble profond de la formation adénomateuse dont la formule se réduisait à une prolifération de l'épithélium canaliculaire dans deux sens : à l'intérieur du canal, prolifération endogène aboutissant à la formation des polypes ; à l'extérieur du canal, prolifération exogène aboutissant à la formation des bourgeons adénomateux interstitiels. Ce fait établirait la nature épithéliale de la lésion.

Outre ce fait, nous signalons une dégénérescence muqueuse très développée et très spéciale des cellules épithéliales, donnant ainsi la notion de la formation des kystes et des produits liquides ou

figurés qu'ils contiennent. Le contenu liquide des kystes ne serait pas du sang épanché par extravasation ou rupture accidentelle, mais bien une sécrétion muqueuse, véritable, anormale des cellules modifiées de la glande mammaire; la rétention serait due à l'obturation des canaux par les végétations endo-canaliculaires.

Il résulterait donc de ces faits que si cette tumeur mérite le nom d'épithélioma, en raison du développement de l'élément épithélial et de sa prolifération, on ne doit pas attribuer à cette dénomination le sens de néoplasie maligne qu'il éveille; l'affection paraît plutôt, en raison des modifications évolutrices des cellules épithéliales (altération muqueuse), se rapprocher des inflammations par irritation chronique.

L'évolution clinique, l'absence de récidive sont en faveur de cette conception anatomique.

13. De l'adénôme vésical.

Ce travail est limité volontairement à l'étude de l'adénôme, tel que le comprend M. Albarran, c'est-à-dire une tumeur formée de tubes glandulaires, ou d'acini glandulaires, reproduisant le type glandulaire vésical, sans aboutir à une hypogenèse désordonnée ou ectopique des cellules épithéliales : on élimine ainsi l'adéno-épithélioma, et même les cas intermédiaires, signalés par M. Albarran, où l'on saisit les transitions entre l'adénôme vrai et l'épithélioma.

Ces distinctions sont purement histologiques, mais elles sont nécessaires; elles sont la base des classifications utiles des tumeurs vésicales.

L'adénôme vésical peut se présenter sous deux formes :

a) La forme *circonscrite* (Obs. de Kaltenbach, Obs. d'Albarran) revêt le type ordinaire des petites tumeurs vésicales : tumeur lobulée, pédiculée, s'insérant par un pédicule étalé ou très mince.

b) La forme *diffuse* est bien différente et ne peut être rattachée à la précédente que par l'étude histologique; la vessie, ouverte, apparaît semée de petites masses molles papillaires, les plus petites de la grosseur d'une tête d'épingle, isolées ou agglomérées, et formant des masses aplaties ou agminées; de petits glomérules arrondis les couronnent; leur teinte est pâle et tranche sur l'aspect congestionné de la muqueuse ambiante. Le doigt, introduit dans la vessie, est surpris par la sensation d'une surface veloutée et grenue,

La lésion semble limitée à la muqueuse et les autres enveloppes ne sont altérées que par la cystite concomitante.

Or la structure histologique de ces deux formes, circonscrite et diffuse, est absolument semblable ; la lésion consiste essentiellement dans une agglomération de tubes glandulaires allongés, branchés, tapissés par une couche continue de superbes cellules épithéliales cylindriques, très élégantes. Ces tubes s'ouvrent à la surface de la vessie, profondément ils s'invaginent dans la sous-muqueuse et jusque dans la musculaire, sans jamais l'infiltrer. L'épithélium s'aplatit au niveau des dilatations kystiques, il devient cubique et même s'efface au point de rappeler l'endothélium des vaisseaux.

Il s'agit d'un adénôme tubulé typique ; cet adénôme se développe-t-il aux dépens de l'épithélium vésical de revêtement ou de ses dérivés ? Albarran le fait naître des glandes vésicales. Peut-être s'agit-il d'un retour de l'épithélium au type intestinal, et l'origine de la tumeur remonterait à la période fœtale.

L'étude clinique de la forme diffuse n'est basée que sur quatre observations et, à part l'examen cystoscopique, aucun signe n'est réellement pathognomonique,

Les adénômes circonscrits évoluent à la façon des tumeurs vésicales bénignes ; l'adénôme diffus est d'un pronostic beaucoup plus grave, résultant des hématuries et surtout des complications rénales.

Dans la forme diffuse, le malade, abandonné à lui-même, tombe dans une anémie profonde, à moins qu'une complication rénale ou autre ne termine plus rapidement la scène.

Les interventions faites n'ont pas donné de résultats avantageux, hormis le cas de M. Audry dont l'observation clinique est donnée six semaines après l'intervention. L'intervention rationnelle paraît être l'abrasion des tumeurs par l'ouverture de la vessie par l'incision hypogastrique.

Le danger de l'intervention réside dans les altérations fréquentes de l'appareil urinaire supérieur.

14. — Sur la gangrène foudroyante, dite spontanée, des organes génitaux externes.

L'affection nous a paru mériter nullement une dénomination aussi spéciale que celle qui lui a donnée M. Fournier ; l'épithète de spontanée ne suffit pas à distinguer ces cas de gangrène des bourses et du fourreau de la verge, des gangrènes qui sont en relation directe

avec une affection des téguments, permettant la pénétration plus évidente de l'agent gangréneux ; dans un de nos cas où cet agent a été recherché, il s'agissait du streptococcus. L'affection est, du reste, le plus souvent, streptococcique (Pellizari et Voltera, Emery), c'est-à-dire présente de grandes parentés avec l'érysipèle gangréneux et la lymphangite gangréneuse.

69 427. — Imp. A. Waltener — P. Legendre et Cie, Suc. - Lyon